

牧之原市会計年度任用職員採用申込書

※受付番号

ふりがな				男	生 年 月 日		《写真貼付欄》 縦 4 cm×横 3 cm (この枠内に収まる ものであれば可) 正面・上半身 脱帽・無背景 提出前 1 年以内に 撮影したもの
氏 名				女	S・H 年 月 日 (歳)		
住 所	(〒 —)			・自宅 () — ・自宅以外 (携帯電話等) () —			
学 歴	学 校 名	卒 業 ・ 見 込 ・ 中 退 年 月		資 格 ・ 免 許	資 格 免 許 の 名 称		取 得 年 月 日
	中 学 校	年 月 卒 ・ 見 込					年 月 日
	高 等 学 校	年 月 卒 ・ 見 込 ・ 中 退					年 月 日
	専 門 学 校 短 期 大 学 大 学	年 月 卒 ・ 見 込 ・ 中 退					年 月 日
		年 月 卒 ・ 見 込 ・ 中 退					年 月 日
職 歴 (古い順に記入)	勤務先名称	所在地 (市区町村まで)	雇用形態 (正社員・パート等)	週の勤務時間	職務内容	在職期間	
				時間 分		自 年 月	至 年 月
				時間 分		自 年 月	至 年 月
				時間 分		自 年 月	至 年 月
				時間 分		自 年 月	至 年 月
				時間 分		自 年 月	至 年 月
令和 4 年 4 月 1 日を基準とし、過去 8 年間の職歴を記入 (アルバイト除く) 上欄に書ききれない場合は、別紙「職歴表 (追加用)」に職歴及び氏名を記入の上、添付すること							
障 害 の 有 る 方	お持ちの「障害者手帳」 ・療育手帳等 (A B その他) ・精神障害者保健福祉手帳 級 ・身体障害者手帳 級 (視 聴 肢 心臓 腎臓 呼吸 その他)						
	現在ご自身の障害 (病気) のためにかかっている病院はありますか。 ある ・ ない						
	現在ご自身の障害 (病気) のため、仕事をする上で困ることや配慮してほしいことはありますか。						
希 望 業 務	職種区分	番 号	所管課等	私は、募集案内の記載内容を了承の上、採用試験を申し込みます。 なお、私は、地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当していません。 また、この申込書の記載事項は、すべて事実であることを誓います。			
	選考に漏れた場合の他職種区分への配属希望	有	無	令和 年 月 日 氏名 ㊟			

【裏面あり】

◎地方公務員法

(欠格条項)

第 16 条 次の各号のいずれかに該当する者は、条例で定める場合を除くほか、職員となり、又は競争試験若しくは選考を受けることができない。

- (1) 禁錮以上の刑に処され、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
- (2) 当該地方公共団体において懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から 2 年を経過しない者
- (3) 人事委員会又は公平委員会の委員の職にあつて、第 60 条から第 63 条までに規定する罪を犯し刑に処せられた者
- (4) 日本国憲法施行の以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者